

**Darin M Camarena Health Centers, Inc.**  
**Home Environmental Assessment and Education FORM**  
 ( This form to be done once)

Paciente:	Chart #	CAI ID:	Fecha:
Dirección:	Cuidad:	Estado:   Codigo Postal:	Principio:
Padre / Tutor:			Final:

**Información del hogar:**

Tiempo viviendo en la casa:	Numero de residentes:	Numero de niños menores de 21 años:
-----------------------------	-----------------------	-------------------------------------

Tipo de Vivienda	Dueño de Vivienda
<input type="checkbox"/> Casa familiar	<input type="checkbox"/> Dueño del residencia
<input type="checkbox"/> Condominio	<input type="checkbox"/> Renta
<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Sección 8
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:

Miembros del hogar: Relación al paciente	Edad(menor de 18 años)	Asma?	Alergias?
		Y   N	Y   N
		Y   N	Y   N
		Y   N	Y   N
		Y   N	Y   N
		Y   N	Y   N

**La prueba de alergias de su hijo demuestra que es alergico a:**  
 Cucarachas \_\_\_\_\_ Acaros de Polvo \_\_\_\_\_ Mojo \_\_\_\_\_ Yierbas/Pasto \_\_\_\_\_ Arbol (Ciprés) \_\_\_\_\_ Pelo de Gato \_\_\_\_\_

**Educación y Asesoría Ambiental:**

<b>SECCIONES A-B-C-D-E-F</b>				
<b>Polvo/Acaros del polvo: Pregunte "Empeora el asma de su hijo cuando sacude/ aspira/ o usa agentes de limpieza?"</b>				
Preguntas	S/N	Recomendaciones para la familia	Cambios implementados/ Fecha completados	
Hay alfombra en la casa?	S/ N		S/ N	
Se aspira una vez a la semana?	S/ N		S/ N	
Usan HEPA bolsa alergica?	S/ N		S/ N	
Cada cuanto se cambia la bolsa y el filtro? _____				
Limpian la alfombra menos de 2 veces al año?	S/ N		S/ N	
Hay tapetes?	S/N		S/N	
Se limpian por lo menos 2 veces al año?	S/N		S/N	
Hay alfombras o tapetes en el cuarto del	S/ N		S/N	

**Darin M Camarena Health Centers, Inc.**  
**Home Environmental Assessment and Education FORM**  
 ( This form to be done once)

paciente?				
Usa el paciente sabanas o almohadas a prueba de acaros?	S/ N		S/ N	
Usa el paciente almohadas y cobertores de plumas?	S/ N		S/ N	
Lava la ropa de cama con agua caliente cada 2 semanas?	S/ N		S/ N	

Hay cojines o animales de peluche?	S/ N		S/ N	
Se lavan por lo menos 4 veces al año?	S/ N		S/ N	
Hay cortinas o persianas?	S/ N		S/ N	
Se lavan por lo menos 4 veces al año?	S/ N		S/ N	

**COMMENTS:** (Circle level of Severity of problem in this section 1= no improvement 2=low improvement 3= high improvement needed (triggers present))

**SECCIONES G-H**

**Moho:** Pregunte "Empeora el asma de su hijo cuando esta alrededor de moho?"

Preguntas	S/N	Recomendaciones para la familia		Cambios implementados? Fecha completado
Hay plantas en el hogar?	S/N		S/ N	
Hay humedad en la casa?	S/ N		S/ N	
Hay moho visible en la casa?	S/N		S/ N	
Hay olor a humedad en la casa?	S/N		S/N	
Hay ventilación en el baño y la cocina?	S/N		S/N	
Hay zócalos o espacios pequeños en la casa?	S/N		S/N	
<i>Note: Hygrometer needed for this section</i> El nivel de humedad es entre 40 -50% (CHW: record humidity level: _____)	S/N		S/N	
Usa el deshumidificador?	S/N		S/N	
Usa el humidificador?	S/N		S/N	

**COMMENTS:** (Circle level of Severity of problem in this section: 1=no improvement 2=low improvement 3=high improvement needed (triggers present))

**SECCIONES H-I**

**Mascotas, cucarachas:** Pregunte "Empeora el asma de su hijo cuando esta alrededor de mascotas?"

Preguntas	S/N	Recomendaciones para la familia	S/ N	Cambios implementados/ Fecha completado
Tiene mascotas? Circule:	S/ N		S/ N	

**Darin M Camarena Health Centers, Inc.**  
**Home Environmental Assessment and Education FORM**  
 ( This form to be done once)

perro, gato, pajar, otro _____				
Las mascotas duermen adentro de la casa? Las mascotas duermen en muebles o camas?	S/ N S/ N		S/ N S/ N	
Las mascotas estan mucho tiempo adentro del cuarto del paciente?	S/ N		S/ N	
Hay cucarachas en alguna area de la casa?	S/ N		S/ N	
Hay roedores en alguna area de la casa?	S/ N		S/ N	

**COMMENTS:** (Circle level of Severity of problem in this section: 1=no improvement 2=low improvement 3=high improvement needed (triggers present))

**SECCIONES J-K-L**

**Polen/Aire/Irritantes: Pregunte "Empeora el asma de su hijo cuando esta alrededor del humo de tabaco/ chimineas o sprays?"**

Preguntas	S/N	Si, recomendaciones para la familia	S/ N	Cambios implementados/ Fecha completado
Alguno de los residentes fuma? Se permite fumar en alguna area de la casa? Que parentesco tiene con el paciente? _____	S/ N S/ N S/ N		S/ N S/ N S/ N	
Hay chimenea o calenton en la casa?	S/ N		S/ N	
La familia usa purificador de aire? El limpiador es HEPA? Cada cuando cambian el filtro del limpiador/ purificador de aire? _____ Cada cuando cambia el filtro del calenton o aire acondicionado? _____	S/ N S/ N		S/ N S/ N	

**COMMENTS:** (Circle level of Severity of problem in this section: 1=no improvement 2=low improvement 3=high improvement needed (triggers present))

Comentarios

Adicionales: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Darin M Camarena Health Centers, Inc.**  
**Home Environmental Assessment and Education FORM**  
( This form to be done once)

Health Educator    \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

Doctor's Comments \_\_\_\_\_

Reviewed by Doctor \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Dr. Signature